



Dezernat: III	Az.:	Datum 15.08.2003
---------------	------	------------------

Nr.	370 / 2003
-----	------------

Betreff:

Zwischenbericht

Stadtpflegebericht Mannheim 2004

Teil II Perspektiven, Umsetzungsprogramm

Betrifft Antrag/Anfrage Nr.

Antragsteller/in:

☐ nur zum Versand an die Mitglieder des _____

Beratungsfolge	TOP	Sitzungstermin	Öff.	N.Ö.
1. Sozialausschuss	8	11.09.2003	X	
2.				
3.				

i.V.
Dr. Egger

Fürst-Diery

Zwischenbericht

Stadtpflegebericht Mannheim 2004

Teil II – Perspektiven, Umsetzungsprogramm

Der Stadtpflegeausschuss Mannheim hat in seiner Sitzung am 01.07.2003 das Umsetzungsprogramm des Stadtpflegeberichtes beraten und einstimmig verabschiedet. Dieses Umsetzungsprogramm wird zentraler Teil des II. Teils des Stadtpflegeberichtes und wird dem Sozialausschuss mit dieser Informations-Vorlage als Zwischenbericht vorgelegt.

Ziel des Stadtpflegeberichtes Teil II ist vor allem die Konsolidierung und Stärkung der bestehenden Strukturen für eine qualitätsvolle Pflege im häuslichen, ambulanten und stationären Bereich. Dabei geht es vorrangig um die Umsetzung gesetzlicher (Neu-) Regelungen als Gemeinschaftsaufgabe von Leistungserbringern und Kostenträgern im Zusammenwirken mit den Betroffenen. Für die kommunale Seite sind die Haushaltsvorgaben des Gemeinderates und der Verwaltungsspitze verbindlich.

Zwischenbericht

Stadtpflegebericht Mannheim 2004

Teil II – Perspektiven, Umsetzungsprogramm

Nach der Vorlage des „Stadtpflegeberichts Teil I – Grundlagen“ hat der Stadtpflegeausschuss Mannheim im Jahr 2002 mehrere Arbeitsgruppen zur auftragsgemäßen Entwicklung eines Umsetzungsprogramms (Stadtpflegebericht Teil II) eingesetzt, und zwar zu

- „Datenmanagement“ mit dem Ziel des Aufbaus eines Pflegeinformationssystems,
- „Recht“ zur praktischen Verfahrensauslegung in dem dynamischen Feld ständiger rechtlicher Neuregelungen der Pflegeversicherungs- und Gesundheitsreform
- „Gerontopsychiatrisches Programm“ als Schwerpunktprogramm innerhalb der Pflege in Verbindung mit dem Gerontopsychiatrischen Forum Mannheim
- „Stadtteilverbundprojekt“ als exemplarisches Konzept für eine berufsgruppen-, träger- und systemübergreifende Kooperation und Vernetzung im Stadtteil
- „Qualitätssicherung“, um auf die neuen rechtlichen Auftragslagen in Mannheim kompetent zu reagieren.

Von allen Arbeitsgruppen liegen Abschlussberichte vor, die Eingang in Teil II des Stadtpflegeberichtes finden. Im ersten Halbjahr 2003 hat eine vom Stadtpflegeausschuss eingesetzte „Programmgruppe“ das Gerüst und die Bausteine für ein Umsetzungsprogramm entwickelt. Nach Beratung hat der Stadtpflegeausschuss am 01.07.2003 das Umsetzungsprogramm verabschiedet und legt mit diesem Zwischenbericht dem Sozialausschuss seine Ergebnisse zur Beratung vor.

Das **Umsetzungsprogramm für Stadtpflegebericht Teil II** enthält im Sachverhalt die

Zielsetzung und Auftrag der Mannheimer Stadtpflegeplanung (und die)

Programmbausteine des Umsetzungsprogramms.

Zur detaillierten Information sind in diesen Zwischenbericht folgende Anlagen aufgenommen:

- | | |
|----------|---|
| Anlage 1 | Mitglieder des Stadtpflegeausschusses Mannheim |
| Anlage 2 | Gesetzlicher Auftrag zu einer qualitätsvollen Pflege –
einschlägige Regelungen im SGB XI, SGB V und BSHG |
| Anlage 3 | Checkliste „Wie finde ich den richtigen Pflegedienst? –
Zwölf Fragen für die richtige Wahl |
| Anlage 4 | Vorgehenskonzept „Migranten und Pflege“ |

Anlage 5 Projektkonzeption „Integrierter Service für ältere Menschen im Stadtteil –
Pflegerische, gesundheitliche und soziale Dienstleistungen im Stadtteilverbund,
insbesondere für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen“

Zwischenbericht

Stadtpflegebericht Mannheim 2004

Teil II – Perspektiven, Umsetzungsprogramm

Auftrag und Zielsetzung der Mannheimer Stadtpflegeplanung

Keine Altersgruppe der Bevölkerung ist so stark im Umbruch begriffen wie die älteren Menschen.. Selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung ist gerade für hilfe- und pflegebedürftige Menschen von größter Bedeutung. Rund 90 % der älteren Menschen führen ihr Leben selbstständig und wollen dies auch so lange wie möglich beibehalten. Dem zeitgemäßen Verständnis von Lebensqualität entspricht dabei eine individuell zugeschnittene Hilfe, möglichst in der vertrauten Wohnumgebung. Bei eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist dies allerdings mit zunehmenden Anforderungen an die Unterstützung selbstständiger Lebensführung gebunden und eine qualifizierte Betreuung außer Haus der bessere Weg, wenn die Grenzen häuslicher Versorgung erreicht sind.

Dazu ist es wichtig zu wissen,

- wie groß der Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten älterer Menschen in Mannheim ist,
- wie die heutigen Versorgungsstrukturen aussehen und wie sie weiterentwickelt werden müssen,
- welche besonderen Hilfebedarfe demenziell erkrankte ältere Menschen haben,
- wie die Angebotsstrukturen auf kommunaler Ebene ziel- und wirkungsorientiert weiterentwickelt werden müssen.

Der Stadtpflegeausschuss Mannheim hat dabei die „Sicherstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen, wirtschaftlichen und qualitätsvollen Betreuung und Pflege im häuslichen, ambulanten und stationären Bereich in Mannheim“ zu seinem Generalziel erklärt: mit hoher Strukturqualität (Räume, Ausstattung, Personal, Kompetenzen), Prozessqualität (Pflegeaktivitäten, Standards) und Ergebnisqualität (Veränderung von Verhalten, Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Zufriedenheit).

Im Vordergrund steht zunächst die konsequente Umsetzung des gesetzlichen Auftrags für eine qualitätsvolle Pflege (s. Anlage 2) als Gemeinschaftsaufgabe aller im Stadtpflegeausschuss versammelten Mitglieder (s. Anlage 1), der Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte, Krankenhäuser, Ärzte, Kranken- und Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Betroffenenorganisationen und Stadtverwaltung.

Die kommunale Sozialplanung hat dabei vor allem die Aufgabe der Information, Moderation und Koordination. Die gesetzliche Vorgabe einer „wirtschaftlichen, ausreichenden, notwendigen und zweckmäßigen Versorgung“ (§§ 3 und 12 SGB V) zwingt zu einem optimalen Ressourceneinsatz und einer Finanzierung der Dienste und Einrichtungen nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Diese Auftragslage ist bereits im Stadtpflegebericht Teil I – Grundlagen formuliert.

Die frühzeitige Beteiligung Betroffener, ihrer Angehörigen und Lobbygruppen ist dabei Maßstab der Mannheimer Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung.

Nach derzeitigem Beratungsstand im Stadtpflegeausschuss wird der **Stadtpflegebericht Teil II** folgenden **Inhalt** haben:

1. Aufgabe und Zielsetzung der Stadtpflegeplanung / Umsetzung der Leitlinien „Seniorenfreundliches Mannheim“ in der Praxis
2. Integrierte Berichterstattung mit qualifizierten Daten / Pflegemarktmonitoring mit einem Pflegeinformationssystem¹
3. Kunden- und Verbraucherperspektive
4. Infrastruktur, Bedarfe, Defizite, Versorgungsengpässe
5. Umsetzungsprogramm, Handlungsfelder, Programmbausteine
6. Umsetzung, Finanzierung, Zeitplan.

Das vom Stadtpflegeausschuss verabschiedete Umsetzungsprogramm stellt die **Programmbausteine** im einzelnen in sechs Handlungsfeldern dar:

1. Seniorenberatung / Senioreninformation
2. Häusliche Pflege / Vor- und Umfeld der Pflege
3. Ambulante Pflege
4. Betreutes Wohnen
5. Stationäre Pflege / Teilstationäre Pflege
6. Besondere Maßnahmen, Vorhaben, Projekte rund um die Pflege.

Hier ist bei einzelnen Programmbausteinen im Detail noch zu klären, wer welche Maßnahmen bzw. Vorhaben wann verantwortlich durchführen kann und wie die Finanzierung sicher gestellt werden kann. Hierzu hat der Stadtpflegeausschuss bereits besondere Arbeitsgruppen eingesetzt oder leitet dies im Bedarfsfall in die Wege.

¹ Der Aufbau des Pflegeinformationssystems, d. h. einer qualifizierten Geschäftsstatistik als Grundlage für die Pflegebedarfsplanung wird aus Kapazitätsgründen zunächst zurückgestellt.

Mit diesem Zwischenbericht kommt der Stadtpflegeausschuss seinem Auftrag zur Vorlage eines fachlich begründeten Umsetzungsprogrammes zur Sicherung und zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen nach – als Beratungsgrundlage für den gemeinderätlichen Sozialausschuss.

Der Stadtpflegeausschuss Mannheim hat den Auftrag, „eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“ (nach § 8 SGB XI und Landespflegegesetz).

Dieser Bericht beinhaltet ausdrücklich kein Finanz- und Investitionsprogramm. Hierüber entscheidet der Gemeinderat im Einzelfall, wo seine finanzielle Zuständigkeit gegeben ist.

Umsetzungsprogramm Stadtpflegebericht Teil II

Die Programmbausteine im einzelnen:

1. Seniorenberatung / Senioreninformation

Information, Beratung und Vermittlung an die richtige Stelle sind Grundanliegen der älteren Menschen in Mannheim, wenn sie das für sie passende Dienstleistungsangebot nachfragen. Qualifizierte Verbraucherinformation ist allererste Aufgabe eines leistungsfähigen effektiven Seniorenberatungs-stellennetzes.

Zielsetzung

Entwicklung eines wohnortnahen, niederschweligen und leistungsfähigen Beratungsangebotes und eines offenen „Systems“ leicht zugänglicher Informationen rund um die Pflege für die Seniorinnen und Senioren in Mannheim.

Programmbausteine

- Konsequente Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Sozialleistungsträger zur Beratung und Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Leistungsträger (nach SGB I, SGB V, SGB XI, BSHG) – als „gemeinsame Selbstverpflichtung“
- Erhalt und Sicherung des dezentralen Seniorenberatungsstellen-Netzes in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände und der zentralen Koordinationsstelle im Seniorenbüro Mannheim (erste Anlaufadressen mit Lotsenfunktion, Basisdienste der Seniorenberatung)
- Zusätzliche Spezialisierung der Seniorenberatung auf vorrangige Zielgruppen und Bedarfe: Menschen mit psychischen Alterserkrankungen, ältere Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen mit Behinderungen und gesundheitlichen Einschränkungen (durch fachliche Schwerpunktsetzung und Abstimmung im gesamten Spektrum der Seniorenberatung; Klärung von Zuständigkeiten und Schnittstellen)
- Regelmäßige und verständliche Information über die Dienstleistungen und Einrichtungen der Altenhilfe, Pflege und Gesundheit für ältere Menschen in Mannheim – als Informationsbroschüren, im Internet und durch Informationsveranstaltungen (beispielhaft: Infoabende des Gerontopsychiatrischen Forums zu Demenzerkrankungen und zu Altersdepressionen in 2002)

-
- Entwicklung und Sicherung hoher Beratungsqualität und fachlicher Qualitätsstandards in der Seniorenberatung (case management als Hilfe im Einzelfall und care management zur Förderung vernetzter Kooperationsstrukturen) durch laufende Qualifizierung der Berater/innen (gerontologische und gerontopsychiatrische Basisqualifizierung)

2. Häusliche Pflege / Vor- und Umfeld der Pflege

Beginnende Pflegebedürftigkeit macht den privaten Haushalt in mehrfachem Sinne zur „Baustelle“; notwendig werden vor allem die

- baulich-räumliche und technische Anpassung in Wohnung und Wohnumfeld,
- Entwicklung eines sozialen Beziehungsnetzes zur Pflege und Stärkung individueller Pflegekompetenzen sowie
- finanzielle Sicherung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

In der Praxis sind insbesondere die Pflegepersonen zu unterstützen in Situationen von mangelnder Kenntnis von Pflegetätigkeiten, angemessenen Umgangsformen, finanziellen Unsicherheiten, Überforderung, Stress, Hilflosigkeit, Angst, Isolation („Pflege der Pflegenden“).

Zielsetzung

Erhalt und Stärkung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen durch ein angemessenes Pflegearrangement zu Hause und Unterstützung der Angehörigen für die tägliche Pflegearbeit

Programmbausteine

- Praktisches Training von Pflegepersonen durch professionelle Pflegekräfte zur Organisation des Pflegealltags und Angebot von Pflegekursen zum Lernen typischer Pflegeabläufe (Leistungsangebot der Pflegekassen nach § 45 (1) SGB XI)
- Förderung von Angehörigengruppen zum Umgang mit pflegerischen und medizinischen Fragen, zum Einsatz von Hilfsmitteln, zur Klärung rechtlicher und finanzieller Fragen sowie zur Bewältigung psychosozialer Probleme – „Pflege der Pflegenden“ (geplant ist ein Hearing mit Angehörigen- und Selbsthilfegruppen)
- Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote für ältere Menschen mit Demenz (Umsetzung des § 45c SGB XI in Form einer Projektförderung oder Modellförderung)
- Außerhäusliche Betreuung älterer verwirrter und pflegebedürftiger Menschen in der Tagespflege (Finanzierung ist für Betroffene oft Ausschlusskriterium; notwendig ist ein konkurrenzfähiges preisgünstiges Produkt Tagespflege)
- Zeitweilige Entlastung pflegender Angehöriger durch Kurzzeitpflege und „Pflegesitter“

-
- Qualitätssicherung der Pflege zuhause durch Pflegeberatungsgespräche des (§ 18 (2) SGB XI) und Qualitätssicherungseinsätze ambulanter Dienste (§ 37 (3) SGB XI) – Umsetzung des neuen gesetzlichen Auftrags zur Stärkung der häuslichen Pflegequalität <rechtlicher Maßstab: Geldleistungen durch Pflegekassen nur, wenn Pflege zuhause durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (§ 57 (1) SGB V)>

3. Ambulante Pflege

Der Vorrang ambulanter Dienste ist gesetzlicher Auftrag (§ 3a BSHG, SGB XI, SGB V). Die Nachfrage nach ambulanten Diensten steigt – verstärkt nach der DRG-Einführung (Diagnosis Related Groups, Fallpauschalen). Gemeinnützige und private Pflegedienste sind gleichberechtigte Anbieter auf dem Pflegemarkt. Qualifizierte Wahlmöglichkeiten im Dienstleistungsangebot sind Voraussetzung für individuelle Entscheidungen (Verbraucherschutz).

Zielsetzung

Gewährleistung einer leistungsfähigen, bedarfsgerechten, flächendeckenden und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung von älteren Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, und mehr Verbraucherschutz für Pflegebedürftige zuhause.

Programmbausteine

- Ständig aktualisierte Information über die ambulanten Pflegedienste in Mannheim (Leistungen, Preise, Qualität; s. Anlage 3 Checkliste „Wie finde ich den richtigen Pflegedienst?“)
- Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung (incl. Nacht- und Wochenendversorgung) durch die zugelassenen Pflegedienste („Versorgungsauftrag“), Vereinbarung zuverlässiger und verbindlicher Pflegearrangements für die Pflege zuhause mit klaren Absprachen zwischen allen Beteiligten (Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegedienstmitarbeiter/innen)
- Fachliche Schwerpunktsetzung ambulanter Dienste: regionale und zielgruppenspezifische Ausrichtung, ggf. Einrichtung von Spezialdiensten (z. B. gerontopsychiatrischer ambulanter Dienst)
- Qualifizierung von Pflegedienstmitarbeiter/innen durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (gerontologische, gerontopsychiatrische Basisqualifikationen, Fallmanagement, Pflegeplanung), ggf. Supervision zur Reflexion der eigenen beruflichen Praxis

4. Betreutes Wohnen

Individuelle Wohnwünsche im Alter gehen vor allem in Richtung betreuten Wohnens, wenn dadurch weiterhin ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglich ist. In Mannheim ist die Nachfrage stark, das Angebot noch zu gering. Entscheidend im Betreuten Wohnen ist das nach individuellem Bedarf flexibel abrufbare Betreuungsangebot. Wohnen heißt hier nicht Vollversorgung wie im Pflegeheim. Der Trend geht in Richtung Zertifizierung mit Qualitätssiegel. Die Hälfte des Bedarfes in Mannheim ist gedeckt; alle Einrichtungen sind belegt.

Zielsetzung

Betreutes Wohnen für ältere Menschen mit Wohnrecht auf Miet- und Eigentumsbasis und der Möglichkeit zum individuellen Abruf hauswirtschaftlicher, sozialer und pflegerischer Dienstleistungen

Programmbausteine

- Ständig aktualisierte Information über Angebot, Leistungen und Preise der Einrichtungen für „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ in Mannheim durch die Wohnberatungsstelle beim Seniorenbüro (in Vorbereitung eine spezielle Informationsbroschüre in Kooperation mit allen Einrichtungsträgern)
- Weiterer Ausbau des Betreuten Wohnens in Mannheim (Bedarf 1.200 - 1.500 Wohnungen nach LWB-Bedarfsrichtwerten, fachliche Beratung durch die Verwaltung, systematische Auswertung der Erhebung auf Optimierung der Angebotsstrukturen hin)
- Ausdehnung des Betreuten Wohnens und des Service-Angebotes für ältere Menschen auch auf Privat- und Mietwohnungen, auf den Bestand (die überwiegende Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen lebt in privaten Wohnungen), nicht nur den Neubau (hierzu richtet der Stadtpflegeausschuss eine besondere Arbeitsgruppe ein)
- Besondere Berücksichtigung alleinstehender älterer Frauen bei der weiteren Ausbauplanung (lt. Erfahrungen aus der Praxis ist dies ein stark ansteigender Personenkreis)

5. Stationäre Pflege / teilstationäre Pflege

Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen steigt aufgrund der demografischen Entwicklung (s. Landesprognose, Landespflegeplan). Pflegeheime stehen unter Modernisierungsdruck zwischen Kundenanspruch, Auftrag zum Qualitätsmanagement und finanziellen Ressourcen. Der fachliche Trend geht in Richtung Wohnen in der Pflege. 60 % Demenzerkrankte in den Häusern erfordern konzeptionell-bauliche Maßnahmen für dementengerechte Milieus und eine entsprechende Personalentwicklung. Starke Mitarbeiterfluktuation und hoher Personalmangel erfordern eine gemeinsame Ausbildungs- und Fachkräfte-Offensive.

Zielsetzung

Verbesserung der Angebote, Strukturen, Prozesse und Personalsituation in der stationären Pflege

Programmbausteine

- Ständig aktuelle Information über freie Pflegeplätze, Leistungen und Preise der einzelnen Häuser (zentrale Pflegeheiminfo beim Seniorenbüro)
- Umsetzung des mittelfristigen zusätzlichen Pflegeplatzbedarfes von 300 Plätzen in Mannheim entspr. der Beschlusslage des Sozialausschusses: in Seckenheim (Träger: Caritasverband) und in Sandhofen (Träger: AWO)
- (Schrittweise) Umsetzung des Mannheimer Sonderprogramms Stationäre Altenhilfe 2002 (gem. Beschlusslage im Sozialausschuss)
- Besseres Marketing für das Produkt Tagespflege (mehr Information über dieses Leistungsangebot, Neupositionierung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung)
- Ausweitung des Angebotes an Kurzzeitpflegeplätzen; Ziel: Erhöhung flexibel verfügbarer, eingestreuter Plätze
- Fortführung / Intensivierung des Aktionsprogramms Pflegeberufe: Image- und Werbekampagne, Ausbildungsinitiative der Altenpflegeschulen (Problem: ausgebildet wird gegenwärtig nur im stationären Bereich; Abwanderung ausgebildeter Kräfte)
- Qualifizierung der Pflegekräfte für eine qualitätsvolle Pflege i. R. der Personalentwicklung der Träger (über Qualitätsmanagement-Beauftragte und Qualitätszirkel) und durch trägerübergreifende Fort- und Weiterbildungen (Ziel: einem dem aktuellen wissenschaftlichen Stand angemessene Pflege)
- Abstimmung der weiteren Entwicklung der Hospizarbeit in Mannheim mit dem Runden Tisch Hospiz (LWB anerkennt zunächst keinen weiteren Bedarf für Mannheim)

Besondere Maßnahmen / Vorhaben / Projekte rund um die Pflege

Die Mannheimer Pflegeinfrastruktur lebt von kreativen Impulsen und Innovation, vom Engagement der Pflege- und medizinischen Einrichtungen und ihrer Beschäftigten, von der Flexibilität der Kostenträger im Rahmen ihrer Möglichkeiten, von der Bereitschaft Pflegender und ehrenamtlich Engagierter und von interdisziplinären, berufsfeldübergreifenden Zugängen, dem „Blick über den Zaun“. Hierzu hat der Stadtpflegeausschuss besondere Projekte entwickelt oder Themen rund um die Pflege aufgegriffen: Querschnittsthemen, Spezialthemen, Zukunftsthemen.

Zielsetzung

Realisierung besonderer Vorhaben und Projekte rund um die Pflege

Programmbausteine

- Stadtteil-Verbund-Projekt Käfertal „Integrierter Service für ältere Menschen im Stadtteil“, Ziel: exemplarische Anpassung von Versorgungsstrukturen an Verbraucherinteressen im Stadtteil mit besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Demenz (s. Anlage 5, Beschluss des Stadtpflegeausschusses 2002, Modellantrag bei Bund und Land mit begrenzter Aussicht auf Erfolg; Beratung im Stadtpflegeausschuss über örtlichen Umsetzungsweg in Stufen oder Teilprojekten)
- „Ältere Migranten und Pflege“ – Auftrag Stadtpflegeausschuss für ein Vorgehenskonzept: Konzept liegt vor als Ergebnis von Gesprächsrunden mit Trägern und Vertreter/innen von Migrationsdiensten, Pflegeeinrichtungen und dem Ausländerbeauftragten; Sondierung des Themas mit deutschen und ausländischen Seniorenorganisationen und Migrationsfachleuten bei den quartalsmäßigen „Planungsgesprächen mit älteren Menschen“, der Stadt, Abendakademie und des Seniorenrates im Stadthaus (s. Anlage 4)
- Integriertes Konzept für eine bessere gerontopsychiatrische Betreuung und Versorgung (hierzu gibt es einen Abschlussbericht der AG „Gerontopsychiatrisches Programm“ des Stadtpflege-ausschusses von 2002; Zukunft des Gerontopsychiatrischen Forums als maßgeblicher Träger dieses Programms und Prozesses ist offen)

-
- „Entlassungsmanagement“ – koordinierte Entlassung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen aus dem Krankenhaus: besseres Schnittstellenmanagement zwischen Krankenhaus, Arzt, Pflegeheim und Zuhause (i. V. mit ambulantem Pflegedienst) nach Einführung des neuen pauschalierten Entgeltsystems (nach Diagnosis Related Groups – DRG) mit den erwartbaren kürzeren Verweildauern Im Krankenhaus (bis Ende 2003 soll ein bundesweiter Standard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ vorliegen, den das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege herausgibt)
- Ausbau des „Demenzprojektes“ für eine bessere medizinische Versorgung von älteren und altersverwirrten Patienten durch Hausärzte (Träger: Gesundheitsprojekt niedergelassener Ärzte e. V.) und Ausbau der Kooperation dieses Projektes mit Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen
- Bedarfskonzept für alleinlebende „ältere Menschen in Notsituationen“ in Mannheim (z. T. verwirrt, aber nicht unter Betreuung; Hinweise aus der Praxis auf Anstieg dieses Personenkreises und ungenügendes Angebot)
- Entwicklung eines praktischen Verfahrenskonzeptes „Bürgerschaftliches Engagement und Pflege“ mit interessierten Pflegeeinrichtungen und Trägern und Stellen für freiwilliges bzw. ehrenamtliches Engagement
- „Bildungs- und Fachkräfteoffensive Pflege“: Ausbildungsinitiative der Schulen, Fortführung der Werbe- und Imagekampagne, Intensivierung der Fort- und Weiterbildung
- Gezielte „Beschäftigungsförderungsmaßnahmen im Bereich haushaltsnahe Dienstleistungen“ (z. B. Seniorenbetreuung) für arbeitssuchende Fachkräfte und Gruppen mit geringer Beschäftigungsfähigkeit, Förderung von Dienstleistungsagenturen, Ziel: Abbau des Personalmangels von Pflegeeinrichtungen, systematische Erschließung aller verfügbaren Pflege-Erwerbspotenziale und Stärkung der „Pflegewirtschaft“, Kooperation mit Handwerk, Arbeitsamt, Personal-Service-Agenturen (PSA), MAVA u.a.
- Praktische Umsetzung der vom Stadtpflegeausschuss beschlossenen „Leitlinien für ein seniorenfreundliches Mannheim“ (s. Stadtpflegebericht Teil I; Einmischung in Stadtentwicklung und Stadtplanung; Festlegung auf Aktionsfelder über die Pflege hinaus, thematischer Fokus bei den quartalsmäßigen Planungsgesprächen mit Senioren und Seniorenorganisationen im Stadthaus)

Anlage 1

Mitglieder des Stadtpflegeausschusses Mannheim (Stand: September 2003)

Abelein, Gerhard	VDA Hauptverwaltung
Aichholz, Willi	Mannheimer Seniorenrat e.V.
Bender, Michael	Paritätischer Wohlfahrtsverband
Biedermann, Lydia	Sozialstation MA-Nordost e.V.
Böhm, Jürgen	Fachbereich Soziale Sicherung / Seniorenbüro
Campioni, Manfred	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband MA e.V.
Engler-Thümmel, Dr. Holle	Fachbereich Gesundheit
Fürst-Diery, Mechthild	Bürgermeisterin, Dezernat III / Vorsitz
Galla, Michael	Lebenshilfe für geistig Behinderte OV MA e.V.
Gladisch, Prof. Dr. Rainer	Klinikum MA gGmbH IV. Med./Geriatric
Glage, Michael	Deutsches Rotes Kreuz
Grausam, Thomas	Betriebskrankenkasse Rhein-Neckar
Fischer, Peter	Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH
Heilig, Thomas	Deutsches Rotes Kreuz
Hoffmann, Reinhold	Fachbereich Soziale Sicherung / stellv. Vorsitz
Hoffmann, Werner	VDAK / AEV
Hübinger, Peter	Diakonisches Werk Mannheim
Lattek, Volker	Altenpflegeheime Mannheim gGmbH
May, Dieter	Ev. Kirchengemeindeamt Mannheim
Kölmel, Margot	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband MA e.V.
Krüger, Bruno	AOK Mannheim
Kuhn, Dieter	Innungskrankenkasse
Pasch, Marlene	pro seniore Residenz Mannheim
Pfeifer, Franz	Caritasverband Mannheim e.V.
Pfleiderer-Hatzner, Wolfram	Fachbereich Soziale Sicherung / Seniorenbüro
Ratzel, Günter	Betriebskrankenkasse Rhein-Neckar
Rieker, Roland	Klinikum Mannheim gGmbH
Roth, Dr. Max	Med. Dienst der Krankenversicherung
Schmidt-Nieraese, Helga	Allgemeiner Sozialer Dienst

Wachter, Dr. Jürgen

Weiß, Roland

Werner, Walter

Geschäftsführung

Ziaja, Wolfgang

Verband der niedergelassenen Ärzte

Arbeiter-Samariter-Bund e.V.

FB Soziale Sicherung / Sozialplanung /

Ambulante Alten- u. Krankenpflege

Anlage 2

Gesetzlicher Auftrag zu einer qualitätsvollen Pflege

– einschlägige Regelungen im SGB XI, SGB V und BSHG

Der Pflegemarkt bzw. Pflegeleistungen spielen sich in einem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ab: Die **Versicherten** haben Anspruch auf Leistungen beim Sozialleistungsträger (Kranken-, Pflegekassen). Die **Leistungserbringer** (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Dienst, Pflegekraft, Arzt, Beratungsstelle) erbringen Leistungen für den Versicherten. Der **Sozialleistungsträger** (Krankenkassen, Pflegekassen) verpflichtet die Leistungserbringer zur Leistung, setzt Standards und bezahlt. Der **Sozialhilfeträger** übernimmt Leistungen für die Nichtversicherten.

Humane Pflege ist eine Gemeinschaftsaufgabe.

§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

- (1) Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
- (2) Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Pflegekassen verpflichten Pflegeeinrichtungen zur qualitätsvollen Pflege und finanzieren sie.

§ 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen (...) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Zur Verbesserung der örtlichen Versorgungsstruktur fördern Pflegekassen, Land und Kommune gemeinsam niederschwellige Betreuungsangebote für demenzkranke Pflegebedürftige – als Projektförderung und/oder Modellförderung.

§ 45c SGB XI Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft.
- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.
- (4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen.

Die Pflegekassen haben einen unmittelbaren Beratungsauftrag und eine umfassende Informationspflicht über Pflegeleistungen und ihre Preise für ihre Versicherten.

§ 7 SGB XI Aufklärung, Beratung

- (1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.
- (3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste).
- (4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.

Qualitätssicherung ist in erster Linie Aufgabe der zugelassenen Pflegeeinrichtungen selbst.

§ 80 SGB XI Qualitätssicherung

- (1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist

Die Pflegeheime sind künftig zu verbindlichen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen verpflichtet.

§ 80 a SGB XI Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen

(gültig ab. 1.1.2004)

- (1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung (...) nach dem 8. Kapitel ab dem 1.1.2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus. (2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:
 1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung.
 2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegezeitraumes oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie

3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Qualitätssicherung wird mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) ab 2002 zur selbstverständlichen Aufgabe der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der MDK soll in Fragen der Qualitätssicherung beraten.

§ 112 SGB XI Grundsätze

(gültig ab 1.1.2002 durch PQsG).

- (1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität Leistungen ihrer sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a.
- (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).
- (3) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellen Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen.
- (4) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.

Die Pflegeeinrichtungen haben künftig die Pflicht zum regelmäßigen Qualitätsnachweis.

§ 113 SGB XI Leistungs- und Qualitätsnachweise

(gültig 1.1.2002 durch PQsG)

- (1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).
- (2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden.

Der MDK hat im Verbraucherinteresse einen stark erweiterten Prüfungsauftrag für die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

§ 114 SGB XI Örtliche Prüfung

(gültig ab 1.1.2002 durch PQsG)

- (1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellen Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen.
- (2) Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden oder Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder den Heimfürsprecher zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherungen zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann ...

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die ständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

- (3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen ...

Festgestellte Qualitätsmängel in den Pflegeeinrichtungen führen künftig zu ernsthaften Konsequenzen.

§ 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(gültig ab 1.1.2002 durch PQsG)

- (1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen ...
- (2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden dies Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel ...
- (3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§80 a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem 8. Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen ...

- (4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.
- (5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen ...

Zum besonderen Schutz der Heimbewohner/innen ist die enge Zusammenarbeit zwischen dem MDK und der Heimaufsicht geregelt worden.

§ 117 SGB XI Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht
(gültig ab 1.1.2002) durch PQsG)

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem HeimG insbesondere durch
 - 1. gegenseitige Information und Beratung,
 - 2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
 - 3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen Wirksam aufeinander abzustimmen..
- (4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem HeimG erforderlich sind.

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 wurde erstmals für den Krankenhausbereich eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung in § 137 SGB V eingeführt, mit dem Gesundheits-Reformgesetz wurde diese Verpflichtung erweitert und neue Stellen zur Förderung der Qualitätssicherung eingerichtet.

§ 137 SGB V Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbes.
 - 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
 - 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität,

3. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
4. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen,
5. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten und
6. Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach den Nummern 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.

Wenn die nach Satz 3 Nr. 3 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. (...). Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.

Der Sozialhilfeträger übernimmt im BSHG für die von ihm finanzierten Dienste und Einrichtungen dem SGB V und SGB XI entsprechende Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen.

§ 93 BSHG Einrichtungen

- (1) Zur Gewährung von Sozialhilfe sollen die Träger der Sozialhilfe eigene Einrichtungen einschließlich Dienste nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können. Vereinbarungen nach Absatz 2 sind nur mit Trägern von Einrichtungen abzuschließen, die insbesondere unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit und der Gewährleistung der Grundsätze des § 3 Abs. 1 zur Erbringung der Leistungen geeignet sind. Sind Einrichtungen vorhanden, die in gleichem Maße geeignet sind, soll der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen vorrangig mit Trägern abschließen, deren Vergütung bei gleichem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger.
- (2) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über
 1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen.

§ 93a BSHG Inhalt der Vereinbarungen

- (1) Die Vereinbarung über die Leistung muss die wesentlichen Leistungsmerkmale festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche sächliche und personelle Ausstattung. In die Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Hilfeempfänger aufzunehmen und zu betreuen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Vergütungen für die Leistungen nach Absatz 1 bestehen mindestens aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale) sowie aus einem Betrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag). Förderungen aus öffentlichen Mitteln sind anzurechnen. Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert. Einer verlangten Erhöhung der Vergütung auf Grund von Investitionsmaßnahmen braucht der Träger der Sozialhilfe nur zuzustimmen, wenn er der Maßnahme zuvor zugestimmt hat.
- (3) Die Träger der Sozialhilfe vereinbaren mit dem Träger der Einrichtung Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung der Leistungen sowie für das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Das Ergebnis der Prüfung ist festzuhalten und in geeigneter Form auch den Leistungsempfängern der Einrichtung zugänglich zu machen.

Der Sozialhilfeträger gewährt Hilfe zur Pflege und Hilfen zur Weiterführung des Haushalts (i. R. der Hilfen in besonderen Lebenslagen) für Nichtversicherte, bei denen die Leistungsvoraussetzungen nach SGB XI nicht vorliegen.

§ 68 BSHG Inhalt (Hilfe zur Pflege)

- (1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.
- (2) Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege. Der Inhalt der Hilfen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung (...)

§ 70 BSHG Inhalt und Aufgabe (Hilfen zur Weiterführung des Haushalts)

- (1) Personen mit eigenem Haushalt soll Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gewährt werden, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Die Hilfe soll in der Regel nur vorübergehend gewährt werden, wenn durch sie die Unterbringung in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung nicht vermieden oder verzögert werden kann.
- (2) Die Hilfe umfasst die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen sowie die sonstige zur Weiterführung des Haushalts erforderliche Tätigkeit.

§ 71 BSHG Hilfe durch anderweitige Unterbringung Haushaltsangehöriger

Die Hilfe kann auch durch Übernahme der angemessenen Kosten für eine vorübergehende anderweitige Unterbringung von Haushaltsangehörigen gewährt werden, wenn diese Unterbringung in besonderen Fällen neben oder statt der Weiterführung des Haushalts geboten ist.

Die Programmvorschrift des § 75 BSHG überträgt der Kommune die Planungsverantwortung für ein auf Erhalt der Selbstständigkeit ausgerichtetes Leben im Alter.

§ 75 BSHG Altenhilfe

1) Alten Menschen soll außer der Hilfe nach den übrigen Bestimmungen dieses Gesetzes Altenhilfe gewährt werden. Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

(2) Als Maßnahmen der Hilfe kommen vor allem in Betracht:

1. Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
2. Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
3. Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
4. Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
5. Hilfe, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht,
6. Hilfe zu einer Betätigung, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird.

(3) Hilfe nach Absatz 1 soll auch gewährt werden, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dient.

(4) Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist.

Anlage 3

Checkliste

(Beschluss des Stadtpflegeausschusses Mannheim vom Juli 2003)

Wie finde ich den richtigen Pflegedienst? – Zwölf Fragen für die richtige Wahl –

- Ist der Sitz des Dienstes in Wohnortnähe?
- Werden Sie beim Erstkontakt freundlich und kompetent beraten?
- Hat der Pflegedienst besondere Erfahrung mit der Krankheit/Behinderung des Pflegebedürftigen und sind die Schwerpunkte im Konzept erkennbar?
- Hat der Pflegedienst Pflegefachpersonal und ermöglicht eine feste Betreuung durch die gleiche Person?
- Ist der Pflegedienst 24 Stunden erreichbar (persönliche Ansprache oder Call-Center: nicht Anrufbeantworter)?
- Bietet der Pflegedienst Hilfestellung bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen durch eigene Sozialarbeiter/innen oder durch Vermittlung an geeignete Stellen?
- Bietet der Pflegedienst zusätzliche Leistungen an: für hauswirtschaftliche Dienste, Begleitung bei Arztbesuchen und Einkäufen, Rezeptservice?
- Legt der Pflegedienst eine eindeutige verständliche und schriftliche Übersicht über die Pflegeleistungen und Preise vor und werden die vereinbarten Leistungen durch Pflegevertrag zugesichert?
- Hilft der Pflegedienst bei der Beantragungen von Pflegeleistungen und kann er diese mit der Pflegekasse abrechnen?
- Können Sie Pflegehilfsmittel bei dem Pflegedienst ausleihen (Rollstühle, Pflegebetten, Toilettenstühle)?
- Sichert der Pflegedienst eine qualitativ hochwertige Pflege (Pflegeleitbild, Pflegemodell, Qualitätssiegel, Qualitätsmanagement; als Merkblatt oder Infobroschüre)?
- Legt der Pflegedienst einen persönlichen Pflegeplan mit konkreten Terminvereinbarungen vor?

Liste der zugelassenen Pflegedienste von Ihrer Krankenkasse/Pflegekasse anfordern!

Anlage 4

Migranten und Pflege

Berichts- und Vorgehenskonzept

(im Stadtpflegeausschuss zustimmend zur Kenntnis genommen,
Bearbeitung: Werner/GF Stadtpflegeausschuss)

I. Berichtsquellen

Dieser Bericht basiert auf

- Informationen aus Planungsgesprächen mit der älteren Generation und Seniorenorganisationen (zuletzt am 18.11.2002)
- Gesprächsrunden mit Trägern und Mitarbeiter/innen von Migrationsdiensten (Caritasverband, AWO, DRK), Pflegeeinrichtungen (im Stadtpflegeausschuss), Gesundheitsdiensten (FB Gesundheit, Ärzten), Seniorenbüro und dem Beauftragten für ausländische Einwohner
- Auswertung von Berichten, Projekten, Stellungnahmen und Sekundärliteratur

Allen Gesprächspartner/innen und Beteiligten einen ganz herzlichen Dank.

Der Bericht ist eine erste zusammenfassende Bestandsaufnahme zum Thema Ältere Migranten und Pflege/Gesundheit, Grundlage und Impuls für eine bessere Verständigung im Kreis engagierter Fachleute und Träger und dient als Grundlage für weitere Beratungen insbesondere im Stadtpflegeausschuss, Integrationsausschuss, Sozialausschuss im Vorfeld kommunalpolitischer Entscheidungen.

II. Lageskizze – Probleme und Potenziale

Die Problematik auf Seiten der älteren Ausländer/innen in Mannheim im Hinblick auf Altenhilfe, Gesundheit und Pflege stellt sich wie folgt dar:

- Allgemeine Zugangsschwierigkeiten zu Diensten (Sprachschwierigkeiten, ethnisch-kulturelle Besonderheiten),
- Bestehende Angebote zu wenig oder nicht bekannt (von ihrer Leistungs- und Kostenstruktur her),
- Regelung und Versorgung von altersbedingten Erkrankungen durch die eigene Familie (z. B. bei der Körperpflege),
- Rechtliche Problematik (Angst vor Abschiebung bei Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen),
- Kein bzw. zu wenig pflegerisches, gesundheitliches oder medizinisches Fachpersonal aus den Migrationsländern,
- Spezielle Angebote für die Pflege von Migranten in Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten kaum oder nicht vorhanden,

-
- Demenz als Krankheit nicht bekannt bzw. nicht erkannt, wird natürlichem Alterungsprozess zugeordnet, deshalb keine Suche nach bzw. Inanspruchnahme von gesundheitlicher, medizinischer, pflegerischer Hilfe,
- Unzureichende Kenntnis über Kosten von Gesundheits- und Pflegeleistungen in Deutschland bei gleichzeitiger Erwartung auf niederschwellige und bezahlbare Leistungen.

Folgende Annahmen sind fragwürdig und zu überprüfen:

Die Annahme, Migranten kehren im Alter ins Heimatland zurück
– trifft immer weniger zu trotz Rückkehroption der Älteren; in der Praxis kommt es immer mehr zu einer „Pendelmigration“ (Risiko der Verlusts deutscher Sozialleistungen).

Die Annahme, alte Migranten seien aufgrund intakter Familienzusammenhänge genügend versorgt – stattdessen Veränderung der Familienstrukturen mit mehr Alleinstehenden; durch Berufstätigkeit der eigenen Kinder und Kindererziehung, Wahl eines anderen Wohnorts u.a. kommt es seltener zur innerfamiliäre Übernahme der Pflege im Alter.

Die Annahme, das Problem bestehe noch nicht, weil ein Großteil der Migranten bisher nicht im pflegebedürftigen Alter sei – ist nur eine Vertagung eines anstehenden Problems; durch meist schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen kommt es in der Regel zu früherem Pflegebedarf („Voralterung“ der Migranten).

„Ältere Migranten erbringen heute bedeutende Leistungen in ihren Familien und für die Gesellschaft, insbesondere innerhalb ihrer ethnischen Gemeinschaften. Dies soll stärker in die Öffentlichkeit transportiert werden.

Für ältere Migranten sind aber auf Grund der höheren Vulnerabilität, der Verwundbarkeit in ihrer sozialen Situation und der überdurchschnittlichen Belastungen, denen diese Gruppe im Leben und Arbeitsprozess ausgesetzt war, besondere Maßnahmen notwendig. Damit sollen Nachteile kompensiert werden, so dass eine selbstbestimmte Lebensführung auch für ältere Migranten bis ins hohe Alter ermöglicht wird.“

Dritter Altenbericht der Bundesregierung

III. Bestandsaufnahme/Datenlage

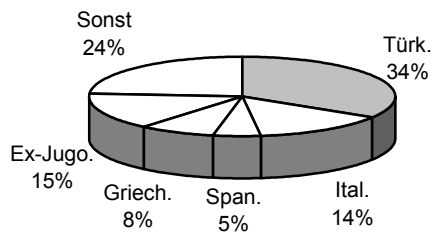
Daten zur Situation älterer Migranten in Mannheim

Ende 2002 leben in MA 67.700 Ausländer/innen (Ausländeranteil: 20,8 %).

Bei den Deutschen sind 21,3 % im Alter von 60 bis unter 80 Jahren, 4,9 % 80 Jahre und älter, bei den Ausländer/innen 9,8 % bzw. 0,05 %. D. h., in der Altersspanne 60-80 Jahre gibt es doppelt so viele Deutsche wie Ausländer/innen, unter den Hochaltrigen sind Ausländer/innen bislang kaum vertreten.

Die Nationalitätenverteilung der ca. 6.500 älteren Ausländer/innen (ab 60 Jahre) zeigt die folgende Grafik:

Ältere Ausländer/innen (60 u.ä) in MA nach Nationalitäten (Stand: Ende 2002)



Fast die Hälfte aller ausländischen Einwohner/innen wohnen im Zentrumsbereich der Stadt Mannheim, in den Stadtteilen Innenstadt, Neckarstadt-West und –Ost.

Ein Drittel von ihnen sind türkische Einwohner/innen, gefolgt von Menschen mit italienischer Herkunft und aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Ausländer/innen in Deutschland ist sehr schlecht. Es gibt wenige Untersuchungen zur Morbidität und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, deshalb ist die Gesundheits- bzw. Krankheitssituation und die Pflegebedürftigkeit nur punktuell beurteilbar, wird aber allgemein als schlecht eingeschätzt (3. Altenbericht, S. 75).

Für Mannheim ist dies nicht viel besser, im Weiteren ist eine differenzierte Ausweisung nationalitätenspezifischer Daten in den Geschäftsstatistiken von Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsdiensten, Beratungsstellen etc. für eine gruppenspezifische Bedarfsplanung erforderlich. Ebenso fehlt noch eine systematische Bestandsaufnahme über das allgemeine Dienstleistungsangebot im Zuschnitt auch auf Migranten und migrationsspezifische Dienste für ältere Menschen.

IV. Bedarf/Handlungsempfehlungen

Die ausländischen Einwohner/innen haben das gleiche Recht auf ein würdevolles und selbstbestimmtes Alter wie die Deutschen mit angemessenen Beratungs-, Betreuungs-, Gesundheits- und Pflegeleistungen in Mannheim.

Ausgangspunkt aller Empfehlungen für eine migrantenspezifisch bzw. interkulturelle Pflege und Gesundheitsförderung ist die Einsicht, dass es eine erhebliche soziale Differenzierung unter der ausländischen Bevölkerung in Mannheim gibt: nach Nationalitäten, Familiensituation und Haushaltszusammensetzung, persönlichen Biographien und individuellen Karrieren, Erwerbs- und Einkommenssituation, Zeitpunkt der Zuwanderung, Rechtsstatus, Integrations- bzw. Ausgrenzungsgrad, Kontakt- und Beziehungsnetz zur deutschen Bevölkerung. Der Stellenwert von Altenhilfe, Pflege und Gesundheitsversorgung ist auf dem jeweiligen migrantenspezifischen Hintergrund zu begreifen und zu organisieren. Notwendig ist vor allem ein persönlicher Zugang, ggf. über Schlüsselpersonen/Multiplikatoren.

*„Wir wissen doch schon genug über die Probleme,
jetzt muss etwas geändert werden.“*

Dritter Altenbericht der Bundesregierung

Bislang wurden folgende **Vorschläge/Empfehlungen** zur Verbesserung der Information und Beratung, Pflege/Betreutes Wohnen, Gesundheit, Qualifizierung und Organisation bzw. Vernetzung in Mannheim zusammengetragen:

Information/Beratung

- Verständlicher mehrsprachiger Wegweiser zur Altenhilfe, Pflege und Gesundheit in Mannheim (ggf. mit finanzieller Beteiligung der Konsulate) und Infotelefon (mehrsprachig)
- Besondere Beratung durch ausländische Sozialberater/innen und Seniorenberatungsstellen über pflegerische und gesundheitliche Dienste und Altenhilfeangebote
- Mehrsprachige Informationen (möglichst audiovisuell) über Krankheiten (u.a. Demenzen), Behandlungsformen, Medikamente und entspr. Beratung durch Ärzte und Kliniken

Pflege/Betreutes Wohnen

- Spezialisierung einzelner ambulanter Pflegedienste und Einrichtung eines türkischen (muslimischen) ambulanten Pflegedienstes (nach Möglichkeit in Verbindung mit der Moschee); „häusliche Pflege für türkische Menschen mit muttersprachlichem Personal“; Begleitdienste für Arzt- und Klinikbesuche
- Betreutes Wohnen als bevorzugte Wohn- und Betreuungsform von älteren, insbesondere türkischen Migranten (am besten vergleichsweise unaufwendig und kostengünstig im Altbaubestand)
- Öffnung einzelner Pflegeheime in Stadtteilen mit hohem Ausländeranteil für einzelne Migrantengruppen und entspr. Marketing (Absprache einzelner Heime, Einsatz muttersprachlichen Personals, Berücksichtigung ethnischer, kultureller und religiöser Besonderheiten, Angebot landesüblicher Speisen)

Gesundheit

- Koordination pflegerischer und gesundheitsbezogener Dienstleistungsangebote durch eine bessere Kooperation von Ärzten, Pflegefachkräften und Sozialberater/innen
- Förderung von therapeutischen Angeboten für ältere Migranten (z. B. Physiotherapie, Logopädie, die in Mannheim bislang kaum bestehen)

Qualifizierung

- Aus-, Fort- und Weiterbildung ausländischer Fachkräfte für eine „kultursensible“ und „kulturkompetente“ Alten- und Krankenpflege (vgl. „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ der Wohlfahrtsverbände und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe; in der Ausbildung der Altenpflegeschulen ist kultursensible Pflege ein Schwerpunkt, in der Praxis von Pflegeeinrichtungen wird dies kaum abgerufen)

-
- Unterstützung von Familienangehörigen pflegebedürftiger älterer Migranten für eine qualifizierte Pflege (z. B. durch Informationen über Bedingungen häuslicher Alten- und Krankenpflege und muttersprachliche Pflegekurse)

Organisation/Netzwerk- und Selbsthilfeförderung

- Kulturspezifische und interkulturelle Organisation von Gesundheits-, Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen in Mannheim; Ziel: interkulturelle Kompetenz!
- Unterstützung vorhandener Netzwerke ausländischer Vereine bzw. Organisationen und Träger von Migrationsdiensten im Hinblick auf Schaffung und Ausbau einer migrantenspezifischen bzw. interkulturellen Altenhilfe-, Pflege- und Gesundheitsinfrastruktur
- Förderung von (bislang wenig aktivierten) Selbsthilfepotenzialen bei einzelnen Migrantengruppen für die Betreuung älterer Migranten

V. Infos/Materialien/Dokumente/Literatur

Berichte der Bundesregierung

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), 2001: Älter werden in Deutschland. Fachtagung einer Informationsreihe für ältere Migranten, Reihe "In der Diskussion" Nr. 11. Berlin und Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), 2001: Migrationsbericht. Berlin: Eigenverlag.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), 2002: Daten und Fakten zur Ausländersituation. Berlin: Eigenverlag.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), 2002: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in Der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), 2002: Fünfter Bericht zur Lage der Ausländer in der BRD. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), 2001: Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland. Repräsentativbefragung. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2000: Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2000: Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Datenbank Migration: Projekte und Kontaktadressen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 175.3. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2001: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung.. Berlin: Muk. Medien- und Kommunikations GmbH.

Fachliteratur/Stellungnahmen

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2002: Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln: KDA-Eigenverlag.

Arbeitskreis Kultursensible Pflege (Hg.), 2002: Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil von stationären Pflegeeinrichtungen. Berlin: Eigenverlag.

Bade, Klaus J./ Münz, Rainer (Hg.), 2000: Migrationsreport 2000. Fakten - Analysen - Perspektiven (Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Info-Dienst „Migration und öffentliche Gesundheit“, Berlin, einmal im Quartal, <http://www.infodienst.bzga.de/migration/index.htm>.

Elisabethenstift Darmstadt/Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung (Hg.), 2001: Demenz im Alter – verschiedene Kulturen, dasselbe Problem? Kultur- und migrationssensibles Arbeiten in der (Alten)pflge, Tagungsdokumentation, Darmstadt.

Hegemann, Thomas/ Salman, Ramazan (Hg.), 2001: Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Huismann, Adrienne/ Raven, Uwe/ Geiger, Andreas (Hg.), 2000: Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. Lage: Verlag Hans Jacobs.

Kaewnetara, Eva/ Uske, Hans, 2001: Migration und Alter. Diss-Journal. 8/2001. www.uni-duisburg.de/DISS/DJ_01_8...ormat/Beitraege/Migration_und_Alter.htm.

Karadeniz, Ulla, 2002: Migration und Betreuung. VormundschaftsGerichtsTag e. V. (Hg.). Jahrestagung 2002.

Kühne, Peter, 2001: Zur Lage der Flüchtlinge in Deutschland, hrsg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Eigenverlag.

Raven, Uwe/ Huismann, Adrienne, 2000: Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland, (Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e. V.). Pflege. 13/2000. Bern: Verlag Hans Huber, 187 - 196.

Berichte/Dokumente Mannheim

Arbeitskreis „Interkulturelle Medizin“ der Ärztekammer Mannheim, o. J.: Projektinformation.

Deutsches Rotes Kreuz - Kreisverband Mannheim e. V. (Hg.), 2002: Informationsreihe "Älter werden in Deutschland" vom 14.11.01 - 29.05.02, Abschlussbericht. Mannheim: Eigendruck.

Girgin, Ingrid, 1998: Aufbau einer Altentagesstätte für türkische Seniorinnen und Senioren, in : Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hg.), Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration, Schriftenreihe 175.2, S. 55-70.

Stadt Mannheim/Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren (Hg.), 2001: Stadtpflegebericht Mannheim 2001, Teil I – Grundlagenbericht, Mannheim.

Stadt Mannheim/Beauftragter für ausländische Einwohner (Hg.), 1994: Zwischenbericht zum Modellprojekt "Initiative 3. Lebensalter - Älterwerden zwischen den Kulturen". Mannheim: Eigendruck.

Steinmetz, Regina, 2001: Alten in der Migration: Auswirkungen auf ältere, ausländische Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. Mannheim: Diplomarbeit an der Hochschule für Sozialwesen Mannheim.

Werner, Walter, 1995: Sozialpolitischer Handlungsrahmen für die Migrationsfolgen - Eckwerte. Deutsches Institut für Urbanistik (Hg.). Migration und soziale Probleme. Dokumentation eines Workshops im Rahmen des Projekts "Entscheidungsfelder städtischer Zukunft", difu-Materialien 17/95. Berlin: Eigenverlag, 115 - 119.

Berichte/Projekte aus anderen Kommunen

Arbeiterwohlfahrt KV Rems-Murr e.V./ Caritas-Region Ludwigsburg-Waiblingen-Enz/ Diakonisches Werk Württemberg e.V./ Stadt Waiblingen (Hg.), 2001: Ältere Migrantinnen und Migranten in Waiblingen. Lebenssituation, Tendenzen, Herausforderungen. Waiblingen: Eigendruck.

Baric-Büdel, Dragica, 2002: Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe - Bedarfsorientierte Konzeptentwicklung der Stadt Dortmund. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 2/2002, 113 - 120.

Freie und Hansestadt Hamburg/Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.), 1998: Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozial-empirische Studie. Hamburg: Eigendruck.

Landeshauptstadt München/Sozialreferat (Hg.), 1998: Ausländische Seniorinnen und Senioren - Wie muss das soziale Netz in München aussehen? Dokumentation des Fachtags vom 11.08.1998, Beiträge zur Sozialplanung 146. München: Eigenverlag.

Landeshauptstadt München/Sozialreferat (Hg.), 2000: Interkulturelle Kommunikation. Eine soziologische Untersuchung in den Ämtern des Sozialreferates der Landeshauptstadt München, Bearb. Von Ildikó Elisabeth Kiss-Surányi, Beiträge zur Sozialplanung 154. München: Eigendruck.

Stadt Frankfurt am Main/Amt für Multikulturelle Angelegenheiten/Stadtgesundheitsamt (Hg.), 2000: Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Dokumentation einer Anhörung am 22. September 1999 im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung im Römer. Frankfurt: Selbstverlag.

Stadtgesundheitsamt Frankfurt (Hg.), o.J.: Frankfurter Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten. Beratungsangebote in 59 Sprachen (als pdf-Datei unter [www.stadt-frankfurt.de/Stadtgesundheitsamt/ Migration und Gesundheit](http://www.stadt-frankfurt.de/Stadtgesundheitsamt/Migration%20und%20Gesundheit)).

Stadt Mainz/Sozialamt, 2002: Interkulturelle Kompetenz in der Altenpflege. Konzept für das Programm „Lernende Regionen“ in Zusammenhang mit der Wissenschaftlichen Weiterbildung der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Verein für internationale Freundschaften e. V. Dortmund, o. J.: Internationale Altenbegegnungsstätte – Projektbericht, Dortmund.

Anlage 5

Stadtteil-Verbund-Projekt Mannheim

Integrierter Service für ältere Menschen im Stadtteil – Pflegerische, gesundheitliche und soziale Dienstleistungen im Stadtteil- verbund, insbesondere für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen

(Konzept vom Stadtpflegeausschuss in 2002 beschlossen)

Ausgangslage

Für die älteren Menschen und ihre Angehörigen im Stadtteil ist es oft schwierig und aufwendig, die für ihre Lebenslagen und Problemstellungen passenden Angebote, Dienstleistungen und Einrichtungen zu finden. Die Angebotsvielfalt in der Altenhilfe, Pflege und im Gesundheitsbereich ist für viele von ihnen zu wenig übersichtlich, häufig nicht aufeinander abgestimmt und damit auch nicht effektiv genug zu nutzen. Das kundenorientierte, bedarfsgerechte und auf den Einzelnen flexibel zugeschnittene Dienstleistungsangebot ist eher noch Programm als Realität. Auf der Nachfrageseite stehen heute immer mehr Seniorinnen und Senioren, die offener, kritischer und flexibler geworden sind und sich viel gezielter informieren und im „Markt der Seniorenwirtschaft“ ihre „Kaufentscheidungen“ selbstbewusster treffen. Sie wollen als „Kunden“ ernst genommen werden und ein ihren Vorstellungen und Wünschen entsprechendes Angebot, solange sie noch in der Lage sind, über ihre eigene Altersvorsorge und ihre Art und Qualität selbst zu entscheiden.

Dem entspricht auch der Funktionswandel in der Altenhilfe, Pflege und im medizinisch-psychiatrischen Bereich vom Versorgungsdenken in Richtung Verbraucherorientierung, individuelles Fallmanagement, Prozessorientierung, Versorgungsketten, regionale Servicestrukturen, Kooperation und Vernetzung.

Ziel wird immer mehr, wohngebietsnahe übergreifende Beratungs-, Service-, Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen zu entwickeln und die älteren Menschen, ihre Angehörigen und Vertretungsorganisationen an der Planung und Entwicklung von Dienstleistungen zu beteiligen.

Auftrag

Der Stadtpflegeausschuss – fachliches Empfehlungsorgan nach Landespflegegesetz für den Sozialausschuss und Gemeinderat – hat im „Stadtpflegebericht Teil I – Grundlagenbericht“ vom Juni 2001 den künftigen Weg zu einem kunden-, lebenswelt- und gemeinwesenorientierten System der Mannheimer Altenhilfe vorgezeichnet. Der Sozialausschuss hat diesen Kurs bekräftigt.

Für die Arbeiten am II. (Umsetzungs-) Teil des Stadtpflegeberichtes hat der Stadtpflegeausschuss eine Arbeitsgruppe „Verbundnetz“ eingesetzt mit dem Auftrag, ein Konzept für ein Seniorenservice-Stadtteil-Verbundnetz zu entwickeln. Mit der Vorlage dieser Projektkonzeption hat die Arbeitsgruppe ihren Auftrag erfüllt.

Im Stadtpflegeausschuss am 15.05.2002 sind die zentralen Fragen des Projektzuschnitts, der Stadtteilauswahl, Projektorganisation im Stadtteil, Akteure/Beteiligte, des Projektmanagements und des Projektablaufs beraten worden.

Zur Finanzierung des Projektes wurde ein Antrag beim Bundesministerium für Gesundheit zur Aufnahme in das Modellprogramm „Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ gestellt und beim Sozialministerium Baden-Württemberg eine Kofinanzierung beantragt.

Nach Antwort auf diese Antragstellung soll der Projektvorschlag dem Sozialausschuss und Gemeinderat zur Entscheidung vorgelegt werden.

Zielsetzung des Projekts

Das Verbundnetz verfolgt ein Bündel von Zielen, um ein selbstbestimmtes Leben im Alter im gewohnten Umfeld zu ermöglichen:

- Verbesserung der Situation älterer Menschen im Stadtteil, insbesondere für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen durch eine Verbesserung der Information, Angebotsstruktur und Kommunikation,
- Entwicklung weiterer zielgruppenspezifischer Angebote und Leistungsmodule für ältere Menschen (mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen, nichtdeutscher Nationalität o.a.),
- Bündelung/Koppelung der im Stadtteil vorhandenen und hierauf bezogenen Dienstleistungsangebote durch mehr Koordination, Kooperation und Vernetzung,
- Aktivierung und Mobilisierung örtlicher Potenziale, Gewinnung neuer Akteure durch Engagementförderung, Aufbau und Förderung von Angehörigen-, Selbsthilfe- und Betreuungsgruppen, Alt-Jung-Projekt zum Generationendialog, Schaffung eines dauerhaften Netzwerkes für ältere Menschen im Stadtteil (z. B. als Runder Tisch),
- Vermeidung von Fehldiagnosen, Fehlbelegungen und Fehlsteuerungen durch trägerübergreifende Kooperation der sozialen, pflegerischen und medizinischen Dienste im Stadtteil, insbesondere mit dem Gesundheitsprojekt niedergelassener Ärzte (Demenzprojekt),
- Entwicklung von Standards für einen Stadtteilverbund-Service für Senior/-innen und eine stadtteilbezogene Seniorenarbeit (für einen späteren Transfer auf andere Stadtteile).

Projektablauf

Das Vorgehen und die einzelnen Aktivitäten sind zum Projektstart im Kreis der beteiligten Akteure zu klären und festzulegen. Ggf. kommt es hier zu neuen Modulen oder anderen Akzentsetzungen bei der Entwicklung gemeinsamer Problemlösungen im Stadtteil:

- Gemeinsame Arbeitstagung zur Einstimmung auf das Projekt,
- Bestandsaufnahme über die vorhandene soziale und gesundheitliche Infrastruktur (als Wegweiser durch das Angebot und Gradmesser für Probleme und Versorgungslücken),
- Erhebung von Basisdaten (incl. Datenbasis für die Stadtteilauswahl – „gerontologisches Stadtteilprofil“), im einzelnen zu Altersbevölkerung, Lebens- und Problemlagen, Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen, Betreuungs- und Pflegebedarf, gesundheitlicher Versorgung, Angebotslücken, Nachfrage aus Verbrauchersicht,
- Schaffung eines virtuellen Marktplatzes für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen im Stadtteil: internet- und datenbankbasierte Information über Leistungen, Preise, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Veranstaltungen in einem „Sozialportal“, z. B. als Pilotanwender i. R. der Pilotanwendungen für ein neues Landesprogramm (BASIS – „Bürgerorientierte Abbildung Sozialer Infrastruktur“ – landesweite Internet- und Datenplattform über soziale Dienstleistungen),

-
- Entwicklung und Stärkung von Kooperationsbeziehungen: Management der Schnittstellen (care management), Leitfaden für die stadtteilbezogene Kooperation,
- Entwicklung individuell flexibler Problemlösungen für ältere Menschen durch besseres Fall-Management (case management): (Hilfen aus einer Hand, Qualifizierung des Personals, Fallkonferenzen, Regelung der Hilfeablaufverfahren, Vereinbarungen zu den Überleitungen etc.),
- Einholung von "best practices" zu Stadtteilverbundmodellen für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen für ältere Menschen und Orientierung am Stand der bundesweiten Fachdiskussion,
- Entwicklung und Durchführung von Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für die Stadtteilakteure für die stadtteilbezogene Kooperation (Hauptamtliche, Ehrenamtliche und Freiwillige),
- Stadtteilmarketing für das Verbundprojekt und Seniorenbelange/Öffentlichkeitsarbeit im Stadtteil,
- Einbezug aktueller Planungs- und Entwicklungsprozesse (Stadtjubiläum 2007, Stadtteilentwicklungsberichte, Quartiermanagement, Agenda 21, Zentrenkonzept o.a.),
- Evaluation und Qualitätssicherung, Erfolgskontrolle und Berichterstattung in den Projekt-, Fach- und politischen Gremien.

Akteure/Beteiligte/Zielgruppen

Der Stadtteilverbund soll auf möglichst breite Basis gestellt werden

In Frage kommen:

Seniorinnen/Senioren und deren Organisationen, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Kirchen, Wohlfahrts- und Sozialverbände, Vereine, Bürgerhaus, Seniorentreff(s), Beratungsstelle(n), (gemeinnützige und private), hauswirtschaftliche, mobile und ambulante Pflegedienste, Wohnen mit Service (Betreutes Wohnen), Wohnberatung und Wohnungsanpassung, Nachbarschaftshilfe, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Pflegeheim(e), Sterbebegleitung/Hospiz-hilfe, Pflegekassen, Medizinischer Dienst, Hausärzte/Fachärzte (Gesundheitsprojekt niedergelassener Ärzte e. V./Demenzprojekt), Diakoniekrankenhaus (Geriatrische Ambulanz, Geriatrische Klinik) Klinikum (Geriatrisches Zentrum), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Altentagesklinik, Versorgungsforschung), Sozialpsychiatrischer Dienst, (Physio-, Ergo-)Therapeuten, städtische Dienststellen (FB Soziale Sicherung/Seniorenbüro & Sozialplanung, FB Gesundheit, FB Kinder, Jugend und Familie/Sozialer Dienst, Bürgerdienste), Hochschule für Sozialwesen.

Die endgültige Zusammensetzung der Akteure erfolgt nach der Standortwahl und hängt von deren Bereitschaft ab, sich an dem Projekt zu beteiligen.

Gegenstand des Projektes sind die Lebens- und Problemlagen aller Senior/-innen im Stadtteil, mit einem besonderen Schwerpunkt auf Menschen mit psychischen Alterserkrankungen.

Projektorganisation

Das Projekt soll nach den Kriterien des Projektmanagements durchgeführt werden.

Für die Projektmanagement sollen folgende Instanzen eingesetzt werden:

- Projektkoordinator/-in,

-
- Steuerungsgruppe,
- Projektgruppe,
- Arbeitsgruppen im Stadtteil,
- wissenschaftliche Begleitung.

Notwendig sind klare Zuständigkeits- und Verantwortungsregeln (Verbundnetz braucht einen „Motor“, eine „Energiepumpe“; ein Kriterium für die Auswahl der Projektkoordination).

Notwendig ist die Abstimmung mit bestehenden Stadtteilgremien wie Örtliche Arbeitsgemeinschaft (ÖAG), Stadtteilkonferenz und Bezirksbeirat. Die ÖAGs haben in der Vergangenheit bereits als stadtteilbezogene Verbundnetze verschiedener Träger der Altenhilfe fungiert. Auf diesen Erfahrungen und den bereits entwickelten Kooperationsbeziehungen kann aufgebaut werden.

Die Projektbeschreibung einschließlich der erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen wird aktualisiert bzw. angepasst, wenn von Seiten des Bundes und Landes eine Resonanz auf die Antragstellung zur Modellförderung erfolgt ist. Ohne überregionale Förderung ist das Projekt in dieser Form nicht durchführbar.

Der Stadtpflegeausschuss Mannheim und der gemeinderätliche Sozialausschuss werden über den Projektverlauf und die Ergebnisse unterrichtet und nehmen im Bedarfsfall in Abstimmung mit den Förderinstanzen für das Projekt Kurskorrekturen vor.

Das Projekt soll eine Laufzeit von drei Jahren haben.

Standortauswahl für das Projekt

Als Auswahlkriterien für den Projekt-Stadtteil wurden herangezogen:

- Mittlere Größenordnung des Stadtteils (ausreichende Anzahl älterer und hochaltriger Menschen),
- möglichst breites Spektrum von Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen; Pluralität des Dienstleistungsangebotes,
- Bereitschaft der Akteure zur Zusammenarbeit und der Träger für gemeinsame Problemlösungen im Stadtteil,
- Potenzial für ehrenamtliche, bürgerschaftliche und Selbsthilfeaktivitäten,
- besonders lösungsbedürftige Problemlagen für ältere und hochaltrige Menschen innerhalb des Stadtteils.

Zur Auswahlentscheidung für einen Stadtteil dienen zunächst die aktuellen Altersstrukturdaten für die Mannheimer Stadtteile. Ein differenzierter gerontologischer Basisdatenset (mit quantitativen und qualitativen Daten) für den ausgewählten Stadtteil wird im Projektverlauf erarbeitet.

Stadtteilauswahl

Unter Zugrundelegung der genannten Kriterien und nach Auswertung des stadtteilspezifischen Altersstrukturdatensets (s. Anlage) hat die Arbeitsgruppe Verbundnetz aus drei alternativen Standorten (Käfertal, Schwetzingenstadt, Vogelstang) den **Stadtteil Käfertal** zur Platzierung des Projektes „Integrierter Service für ältere Menschen im Stadtteil“ favorisiert.

Der Stadtteil Käfertal hat eine heterogene, plurale, weitläufige Infrastruktur für ältere Menschen. Die Bereitschaft zur Mitwirkung der Akteure und des ehrenamtlichen Potenzials in Käfertal wird vergleichsweise hoch eingestuft, wenn sie organisch und behutsam eingeleitet wird.

Der Stadtpflegeausschuss hat sich in seiner Sitzung am 15.05.2002 für den Stadtteil Käfertal als Projektstandort entschieden.

Projektfinanzierung

Ein verlässliches Projektmanagement (Stichwort Kompetenzzentrum) und eine solide Finanzierung für die dreijährige Projektlaufzeit sind unabdingbar, für die Projektkoordination, Programm- und Sachausstattung und die wissenschaftliche Begleitung.

Agenda: Klärung von Finanzierungsfragen und Akquisition von Finanzmitteln für das Verbundnetz (Organisation der Kooperationsbeziehungen) und einzelne Dienstleistungen/Angebote (über SGB V, SGB XI und BSHG hinaus: Eigenmittel der Beteiligten, Mittel der Kassen und Träger, Mittel des Bundes (z. B. Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger des BMG) und Landes, Stiftungen, Public Private Partnership, Sponsoring u.a.),

Die Projektkosten (Personal- und Sachkosten) sind genauer zu beziffern, wenn feststeht, welche Ressourcen die Beteiligten einbringen und wer die Koordination und wissenschaftliche Begleitung übernimmt.

Für die Projektdurchführung soll unter den Beteiligten ein verbindlicher Kooperationsvertrag abgeschlossen werden.

Überlegungen zur Fortsetzung des Projektes im Stadtteil mit Anschlussfinanzierung sind frühzeitig anzustellen; Erfahrungen aus Verbundprojekten anderer Städte sind einzuholen (z. B. Gerontopsychiatrischer Verbund Berlin-Charlottenburg, wo sich die Beteiligten im Jahr 2000 nach Auslaufen der Fördermittel in einem dreijährigen Modellversuch entschlossen haben, ihr „Netzwerk effektiver Altenhilfe“ durch eigene Beiträge zu finanzieren).

Der Ergebnistransfer auf andere Stadtteile kann nach einer Halbzeitbilanz mit praktischen Erfahrungen beraten werden.